



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Reflux gastro-œsophagiens du prématuré (mise au point)

Gastroesophageal reflux in preterm infants

D.D. Ndour

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, BP : 64807 Dakar-Fann, Dakar, Sénégal

Reçu le 19 avril 2017 ; accepté le 11 septembre 2017

MOTS CLÉS

Reflux
gastro-œsophagien ;
Prématuré ;
Néonatalogie

Résumé Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un problème fréquent en néonatalogie. Le RGO est souvent incriminé dans diverses manifestations cliniques survenant chez le prématuré. Cependant il n'y a pas de consensus concernant le diagnostic tant sur le plan clinique que paraclinique. En outre les explorations et le traitement proposés chez le prématuré suspect de reflux sont très discutés. Nous nous proposons à partir d'une revue de la littérature de faire le point sur les différents aspects du problème.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Premature infant;
Gastroesophageal
reflux

Summary Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common problem in neonatology. GERD is often incriminated in various clinical manifestations occurring in premature infants. However there is no consensus about the clinical and paraclinical diagnosis. Further explorations and treatment offered to premature infants with symptoms are discussed. From a literature review we discuss at length the different aspects of the problem.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : daoudandour@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2017.09.012>

0987-7983/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage intermittent et involontaire d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage en dehors de tout effort de vomissement. Il peut être associé ou non à des régurgitations.

Il s'agit d'un problème assez fréquent en néonatalogie [1]. Son incidence globale est de 11,2 % dans les unités de soins intensifs néonataux [2].

Le RGO est surtout favorisé par des facteurs liés à la prématurité :

- l'immaturation du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) ;
- l'immaturation de la motricité digestive et le retard de la vidange gastrique qu'elle entraîne ;
- le faible volume et la faible longueur de l'œsophage ;
- les quantités de liquide plus importantes par rapport au poids du prématuré ;
- l'alimentation par sonde gastrique.

Le mécanisme prédominant du RGO est la relaxation transitoire du SIO [3]. Les deux principaux facteurs associés sont la diminution du péristaltisme œsophagien qui entraîne une diminution de la progression du liquide régurgité vers l'estomac et la position « horizontale » permanente [4,5].

Le premier défi lors de l'évaluation d'un enfant prématuré suspect de RGO est de faire le bon diagnostic. Il est important de distinguer deux notions :

- RGO (symptôme) ou GER : phénomène physiologique qui survient plusieurs fois chaque jour chez des enfants en bonne santé ;
- RGO (maladie) GERD : qui provoque des symptômes et des complications.

La deuxième difficulté est liée au choix et à la hiérarchisation des examens complémentaires.

Le dernier défi est de définir une stratégie thérapeutique sûre [6].

Mécanismes du reflux chez le prématuré

Chez toute personne, un reflux physiologique peut exister ; il se produit majoritairement en période postprandiale de manière brève et non répétée et se distingue ainsi du reflux pathologique.

Le sphincter inférieur de l'œsophage est une structure anatomique primordiale puisqu'il s'agit de la principale barrière anti-reflux.

Le sphincter inférieur de l'œsophage correspond à une zone de haute pression qui s'oppose au gradient de pression abdomino-thoracique. Ce gradient favorise les épisodes de RGO lors de chaque inspiration. La pression au niveau de ce sphincter est largement supérieure au gradient de pression s'exerçant en situation normale entre l'abdomen et la cage thoracique, ce qui permet d'éviter le reflux. Le diaphragme participe au fonctionnement de cette barrière anti-reflux en assurant un tonus basal au sphincter inférieur de l'œsophage par l'intermédiaire de ses contractions.

Le relâchement transitoire du sphincter inférieur de l'œsophage est le mécanisme le plus fréquent du reflux chez le nouveau-né prématuré.

Pendant cet épisode de relaxation transitoire du sphincter inférieur de l'œsophage, la pression du sphincter inférieur de l'œsophage est réduite spontanément à un niveau inférieur à la pression intragastrique, facilitant ainsi la communication entre l'estomac et l'œsophage.

Parce que la pression intragastrique dépasse généralement la pression intra-œsophagienne, les gaz ou les liquides contenus dans l'estomac peuvent refluer dans l'œsophage.

L'augmentation de la pression intra-abdominale et la diminution de la pression basale du sphincter œsophagien inférieur sont également associées au RGO et peuvent jouer un rôle plus important chez les nourrissons souffrant de maladies respiratoires ou neurologiques [7].

Chez le nouveau-né prématuré, la motilité de l'œsophage est immature et contribue au RGO. Dans une étude qui a évalué la fonction œsophagienne pendant la déglutition, l'augmentation de l'âge gestationnel était corrélée à l'augmentation du péristaltisme œsophagien, à la contraction proximale du sphincter œsophagien et à une propagation plus rapide des liquides. Une autre étude qui a utilisé la manométrie à haute résolution a confirmé que le prématuré était plus susceptible que le nouveau-né à terme à avoir un péristaltisme œsophagien immature pendant la déglutition [8].

Il existe des mécanismes de protection de l'œsophage contre le reflux qui peuvent être efficaces même chez le nouveau-né prématuré.

Une anomalie de l'un de ces mécanismes de protection peut prédisposer le nouveau-né aux conséquences du reflux.

La régurgitation du contenu gastrique dans l'œsophage déclenche plusieurs réflexes œsophagiens et laryngés pour protéger les voies aériennes contre l'exposition aux acides [9].

La distension de l'œsophage par le reflux entraîne le déclenchement d'une onde péristaltique secondaire qui repousse le liquide régurgité dans l'estomac et la fermeture réflexe du sphincter supérieur de l'œsophage pour empêcher la migration du liquide dans le pharynx postérieur. Si malgré ces réflexes le reflux atteint l'œsophage supérieur, le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre alors par réflexe pour permettre l'expulsion du liquide dans le pharynx, mais la glotte se ferme spontanément pour empêcher l'inhalation dans les voies aériennes, et la fermeture est accompagnée d'une période d'apnée. L'entrée du liquide régurgité dans le pharynx entraîne également un péristaltisme primaire [10].

L'épithélium œsophagien sert de barrière principale pour limiter les effets de l'exposition acide à l'œsophage. Les phospholipides intercellulaires et la sécrétion de bicarbonate dans les glandes muqueuses de l'œsophage et des glandes salivaires neutralisent l'acidité gastrique du liquide régurgité. L'exposition de la muqueuse œsophagienne à l'acide et à la bile provoque la rupture des jonctions serrées, entraînant un œdème et une dilatation des espaces intracellulaires [11].

Manifestations cliniques

Le reflux gastro-œsophagien est souvent incriminé dans diverses manifestations cliniques survenant chez le nouveau-né prématuré.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8812997>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8812997>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)